



ADHÉSION OU RENOUELEMENT CARTE DE MEMBRE 2021-2022

Veillez remplir ce formulaire et nous le retourner accompagné de votre paiement d'ici le **31 mars 2021**.

COORDONNÉES DE L'ADHÉRANT :

ADHÉSION : <input type="checkbox"/>	RENOUELEMENT : <input type="checkbox"/>	DATE : _____
Type de membre :	Membre actif : <input type="checkbox"/>	Membre affilié : <input type="checkbox"/>
	<small>(si membre actif, remplir la section sur la personne ayant une problématique en santé mentale)</small>	
Nom : _____		
Adresse : _____		
Ville : _____	Code postal : _____	
Téléphone : _____	Cellulaire : _____	
Courriel : _____	Date de naissance : _____	
Desirez-vous être informé par courriel des activités à venir ?		OUI : <input type="checkbox"/> NON : <input type="checkbox"/>
Lorsque nous communiquons par téléphone, acceptez-vous que nous utilisions un message sur le répondeur ?		OUI : <input type="checkbox"/> NON : <input type="checkbox"/>
Lors d'activité, acceptez-vous d'être pris en photo et, le cas échéant, que nous utilisions l'image pour promouvoir l'organisme ?		OUI : <input type="checkbox"/> NON : <input type="checkbox"/>
Si vous avez un conjoint ou une conjointe, cette personne demande-t-elle à être membre de l'organisme ?		OUI : <input type="checkbox"/> NON : <input type="checkbox"/>
Nom de la personne : _____	Date de naissance : _____	
Courriel : _____	Téléphone : (si différent) _____	

INFORMATION SUR LA PERSONNE VIVANT AVEC UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE

PERSONNE 1 :	
Cochez le lien que vous avez avec cette personne :	
Fils ou fille : <input type="checkbox"/> Père : <input type="checkbox"/> Mère : <input type="checkbox"/> Frère ou sœur : <input type="checkbox"/> Proches, amis : <input type="checkbox"/> conjoint(e) : <input type="checkbox"/>	
Nom : _____	Son âge : _____ Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Cette personne vit : en logement <input type="checkbox"/> avec moi <input type="checkbox"/> en résidence <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> _____	
Diagnostic : _____	Date de la dernière hospitalisation : _____
PERSONNE 2 :	
Cochez le lien que vous avez avec cette personne :	
Fils ou fille : <input type="checkbox"/> Père : <input type="checkbox"/> Mère : <input type="checkbox"/> Frère ou sœur : <input type="checkbox"/> Proches, amis : <input type="checkbox"/> conjoint(e) : <input type="checkbox"/>	
Nom : _____	Son âge : _____ Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Cette personne vit : en logement <input type="checkbox"/> avec moi <input type="checkbox"/> en résidence <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> _____	
Diagnostic : _____	Date de la dernière hospitalisation : _____

En foi de quoi je, soussigné(e) _____, atteste que les renseignements ci-dessus sont véridiques, faute de quoi, je verrai ma carte de membre révoquée.

Signature : _____

J'inclus la somme de : _____ \$ pour ma carte de membre, ainsi que la somme de _____ \$ pour effectuer un don. Un reçu aux fins d'impôts sera émis pour chaque don de 10\$ et plus.

Veillez retourner ce formulaire à l'adresse suivante :

Le Périscope AFFPPAMM, 1671 avenue de Grand-Mère, Shawinigan, QC - G9T 2K2